



AVISO DE CIERRE DE FIDEICOMISO DE INGRESOS

Colorado Department of Health Care Policy and Financing
 Attn: Trust Policy & Recoveries Section
 303 E. 17th Ave. Suite 1100
 Denver, CO 80203
 Correo electrónico: medicaid.trusts@state.co.us
 Fax: (303) 866-3552

RE: Cierre de fideicomiso de ingresos

Nombre del miembro: _____
 Número de caso: _____
 Identificación estatal: _____
 Nombre del fideicomisario: _____
 Dirección del fideicomisario: _____

Causa de cierre:

- Fallecimiento
- Se mudó a otro estado
- No tiene más Medicaid
- Otra: _____

Correo electrónico del fideicomisario: _____

Fecha de la causa de cierre: _____

De conformidad con la ley de Colorado, el fideicomiso se cerrará cuando el miembro fallezca o cuando el fideicomiso ya no sea necesario para la elegibilidad de Medicaid en Colorado (por ejemplo, pérdida de elegibilidad para los servicios de atención a largo plazo o cambio en los ingresos brutos), lo que suceda primero. Además, de conformidad con el título 10, sección 2505-10, inciso 8.100.7.E.6.a.i.l, del Código de Regulaciones de Colorado (Code of Colorado Regulations, CCR), el Departamento recibirá un informe contable del fideicomiso, así como todos los montos restantes en el fideicomiso hasta el monto total de la asistencia médica pagada en nombre del miembro dentro de los tres (3) meses posteriores a la fecha de fallecimiento del miembro o cualquier otro evento que dé lugar a la finalización.

Si el condado solicita el cierre del fideicomiso del miembro, adjunte copias de los formularios 5615 del miembro, si corresponde, los libros de contabilidad del fideicomiso no proporcionados anteriormente, cualquier informe contable del fideicomiso o estados de cuenta bancarios recibidos y una copia del acuerdo de fideicomiso. También notifique al fideicomisario registrado que se ha enviado una solicitud de cierre al Departamento y que el fideicomisario debe remitir el saldo del fideicomiso, hasta el monto total de la asistencia médica pagada en nombre del miembro, a Colorado Department of Health Care Policy and Financing.

Enviado por: _____
 Número de teléfono: _____
 Correo electrónico: _____

